ièse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

nnée 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Paul HENRY

DE

A KÉRATOSE SYPHILITIQUE PLANTAIRE

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LECÈNE	PROUST
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	G. ILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (MARCEL)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Il nous est agréable avant d'exposer notre sujet d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres, à ceux qui ont guidé nos débuts à l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Reims et en particulier à ceux qui nous ont témoigné le plus de bienveillance.

A M. le Dr Harman qui nous a enseigné l'anatomie surtout dans ses applications pratiques et nous a fait faire nos premiers pas en chirurgie.

A M. le Dr Hoël qui nous a toujours très aimablement reçu dans son service et nous a initié aux difficultés de la clinique interne.

A M. le Dr de Bovis dont nous avons plaisir à rappeler l'aménité et qui a su nous rendre attrayants par son enseignement éloquent et spirituel les débuts arides de l'obstétrique.

A M. le Dr Langlet, directeur de l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie qui nous a toujours aidé de ses conseils.

En arrivant à Paris, nous avons choisi les services de deux professeurs dont nous garderons un excellent souvenir.

De M. le professeur Pinard, qui s'est efforcé de nous faire comprendre et partager la largeur de ses idées tant scientifiques que sociales en même temps qu'il nous donnait un enseignement obstétrical essentiellement pratique.

De M. le professeur Gaucher qui nous a donné une durable instruction dermatologique, nous a toujours témoigné des marques de sympathie dont nous tenons ici à le remercier et enfin nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse.

Qu'il nous soit encore permis de remercier M. le Dr Flurin grâce à qui nous avons pu mener à bien la rédaction de ce travail.

DE LA

KÉRATOSE SYPHILITIQUE PLANTAIRE

Ayant eu l'occasion d'observer trois cas de kératose plantaire d'origine syphilitique dans le service de M. le professeur Gaucher à l'Hôpital Saint-Louis et sur les conseils de notre maître, nous avons pensé qu'il serait assez utile de rassembler les quelques observations que nous avons pu nous procurer ayant trait à cette affection et d'en extraire les caractères particuliers, pour jeter si possible quelque clarté dans le groupe encore obscur des kératoses.

On appelle kératose un accroissement anormal de tissu corné qui peut se faire en un point quelconque du revêtement épidermique.

C'est en somme une hypertrophie des cellules qui constituent les diverses couches de l'épiderme, c'est-à-dire une prolifération d'éléments cellulaires qui ne sont ni dégénérés ni envahis par des substances étrangères à leur composition mais qui, sous l'influence de causes très diverses exagèrent leur activité nutritive et reproductrice avec une prédominance très nette de l'assimilation sur la désassimilation.

Or cette hypertrophie cellulaire siège presque uniquement dans la couche épidermique. On a pu acces-

soirement observer une augmentation du volume des papilles ainsi qu'un accroissement de leur vascularisation.

Mais il n'en est pas moins vrai que l'altération principale de la morphologie cellulaire siège dans les couches épidermiques et paraît même débuter dans la couche épineuse du corps muqueux de Malpighi puisque l'on a pu dire que la kératose au début était surtout une « acanthose ».

Il nous paraît donc rationnel d'employer le moins possible dans la terminologie dont nous nous servirons au cours de cet exposé le mot assez généralement usité de kératodermie, mot auquel quelques auteurs ont même voulu donner la signification très spéciale de kératose limitée aux extrémités. Il serait évidemment plus exact de dire kérato-épidermie.

Nous ne voyons pas davantage la nécessité d'employer le mot d'hyperkératose. Lorsque les cellules fonctionnent avec leur activité normale, le processus physiologique s'appelle la kératinisation. La dénomination de kératose suffit donc, selon nous, à indiquer qu'il s'agit d'un processus anormal qui peut évidemment présenter des degrés d'intensité très variables.

On sait en effet que le revêtement épidermique de l'homme ne réagit pas de la même façon dans son intégralité et que certaines régions sont beaucoup plus aptes que d'autres à fournir à l'envahissement kératosique un terrain favorable.

La plante des pieds et la paume des mains présentent sous ce rapport une aptitude toute particulière.

Chez un homme normal, alors que le revêtement épi-

dermique de la tête, du tronc et des membres subit constamment une desquamation furfuracée qui le débarrasse des cellules déchues dont l'accumulation ne pourrait qu'obstruer ses canaux excréteurs et sécréteurs, l'épiderme des mains et des pieds présente à de certains moments, sous l'influence de causes extérieures très diverses, une hyperactivité fonctionnelle qui aboutit à une kératose légère, peu durable, mais néanmoins facilement constatable par la desquamation de lambeaux cornés assez étendus. Ce sont en effet des régions épidermiques très spécialisées. Elles ont une structure qui n'a pas d'analogue en d'autres parties du corps. Elles ont une situation périphérique qui les expose constamment aux influences extérieures, elles sont enfin destinées à remplir des fonctions très particulières qui nécessairement entraînent une modification de structure plus ou moins accentuée. Dès que l'épiderme palmaire ou plantaire est contraint à se défendre, soit contre de brusques changements de température, soit contre des pressions ou des frottements qui altèrent sa vitalité, soit contre des corps irritants ou toxiques qui nuisent à son fonctionnement normal il réagit constamment de la même façon quel que soit l'ennemi à combattre. Il exagère son activité cellulaire et s'entoure pour mieux résister d'une véritable cuirasse que nous appelons kératose.

C'est ce qui explique la fréquence relative des affections kératosiques palmaires et plantaires et les nombreuses variétés de ces kératoses auxquelles on pourrait accorder l'épithète de banales.

Comme elles peuvent être la conséquence d'influences extérieures mécaniques chimiques ou climatériques; comme elles peuvent succéder à des maladies très diverses, les unes généralisées ou diffuses, les autres localisées, il est très difficile d'établir pour elles une classification satisfaisante.

La banalité du syndrome fait que l'étiologie seule au fur et à mesure qu'elle s'éclaircira permettra de faire un classement rationnel.

Quelles sont donc les causes actuellement connues de ces hypertrophies du tissu épidermique?

Il est tout d'abord évident que ces kératoses ne se développeront que chez des individus dont les cellules épidermiques sont naturellement prédisposées à exagérer leur activité nutritive et reproductrice. C'est là si l'on veut la cause primordiale que l'on peut appeler diathésique ou prédisposante.

Mais si nous portons en nous les raisons de nos maladies, nous ne sommes pas responsables des causes déterminantes de ces maladies. Aussi devons-nous nous efforcer de rechercher quelles influences sont capables chez un sujet prédisposé de favoriser l'éclosion de la kératose.

Cela revient à se demander comment il serait rationnel de faire une classification véritablement étiologique de cette affection.

A l'heure actuelle, il existe deux classifications, classiques pourrait-on dire, des kératoses.

Besnier les range en quatre espèces et leur garde le nom de kératodermies.

Il distingue :

1° La kératodermie symétrique des extrémités, affection congénitale et héréditaire que certains ont assimilé à de véritables nævi ;

2° La kératodermie symétrique des extrémités qui se développe dans la seconde enfance et à laquelle il donne le nom de kératodermie érythémateuse, irritable ;

3° La kératodermie des extrémités, en foyer, à laquelle il assigne hypothétiquement une origine tropho-névrotique centrale ;

4° La kératodermie essentielle qui se confond avec les callosités proprement dites.

Comme on le voit cette classification est plutôt une classification topographique qu'une classification étiologique.

La seconde classification est due à M. W. Dubreuilh.

Il distingue deux grands groupes de kératodermies : les kératodermies proprement dites et les kératodermies symptomatiques.

Dans le premier groupe des kératodermies proprement dites il fait entrer :

1° La kératodermie symétrique congénitale et héréditaire ;

2° La kératodermie acquise des adultes ;

3° L'érythème kératosique de Brooke ;

4° La kératodermie par intoxication arsénicale.

Dans le groupe des kératodermies dites symptomatiques, il range les kératodermies liées à l'existence de diverses dermatoses : eczéma, psoriasis, lichen plan, pityriasis rubra pilaire, et celles qui résultent de l'in-

fection blennorragique et de l'infection syphilitique.

Pour conclure et en se basant sur cette classification en somme satisfaisante, on peut considérer deux grandes catégories de kératoses, celles dites essentielles, ce qui n'est qu'une appellation destinée à voiler l'ignorance qui règne au sujet de leur étiologie, étiologie pour laquelle sont permises toutes les hypothèses parasitaires et microbiologiques, et les kératoses dites symptomatiques c'est-à-dire celles dont la cause essentielle nous échappe évidemment aussi mais qui se développent au milieu d'autres symptômes bien déterminés, soit une affection diathésique de la peau soit une infection ou une intoxication générale de l'organisme.

Dans cette réunion d'affections kératosiques, quelques-unes seulement apparaissent bien individualisées et émergent pour ainsi dire par leur étiologie bien distincte ou par certains caractères particuliers de l'ensemble des kératoses.

Mettons d'abord de côté la kératose symétrique acquise des adultes qui n'est qu'un groupe artificiel et provisoire destiné à s'effriter peu à peu et sert uniquement de rubrique à une classe dans laquelle on range toutes les hyperproductions cornées auxquelles on ne peut assigner aucune cause appréciable.

Laissons aussi à part les productions kératosiques liées à l'existence d'une autre dermatose et qui ne peuvent se distinguer et se classifier que par la constatation de l'affection diathésique concomittante, c'est-à-dire les kératoses consécutives à un eczéma, à un lupus, à un psoriasis, à un lichen plan, à un pityriasis rubra pilaire.

Parmi les kératoses mieux individualisées, il faut citer d'abord la kératose d'origine arsénicale. Un grand nombre d'observations et de travaux ont mis en lumière la marche et les caractères propres à cette affection. L'érythème desquamatif primitif, la peau jaunâtre sèche mais souple marquée de lignes blanches et farineuses aux plis de flexion, parsemée çà et là de petits grains cornés durs, blanchâtres et facilement énucléables sont des signes en quelque sorte pathognomoniques de cette forme d'intoxication.

La kératose symétrique des extrémités congénitale et héréditaire présente elle aussi des particularités très spéciales qui ne permetttent guère la confusion. Son début dans l'enfance, la constatation de l'affection chez de nombreux membres d'une même famille ou les habitants d'un même pays, l'inefficacité absolue de tous les traitements employés sont des commémoratifs qui ne laissent aucun doute sur la nature véritable de l'affection.

L'érythème kératosique de Brooke a déjà des caractères propres beaucoup moins nets. Il ne se distingue guère des autres kératoses que par ce fait que les malades atteints de cette affection se plaignent d'une sensation de douleur et de cuisson qui rendent la marche très difficile. Toutefois on peut noter comme autres caractères assez spéciaux la préexistence d'un érythème qui forme une bordure très accusée autour des placards cornés et de plus ces placards tendent à s'écailler plutôt qu'à se crevasser ; enfin la maladie guérit en quelques semaines.

La kératose blennorragique a pour caractères principaux de siéger sur toute l'étendue de l'épiderme, aussi bien au tronc et aux membres qu'aux pieds et aux mains et de se montrer chez des sujets qui présentent un profond degré de déchéance vitale.

Quant à la kératose d'origine syphilitique, il règne encore une certaine confusion sur les caractères propres à cette affection. La plupart des dermatologistes se sont en effet surtout attachés à décrire les formes papulo-squameuses plutôt que les formes franchement kératosiques et à rechercher tous les éléments possibles de diagnostic pour différencier ces formes papulo-squameuses des psoriasis palmaire et plantaire.

Or, comme nous avons eu connaissance de quelques cas de kératoses plantaires qui nous ont paru devoir être attribués à l'infection syphilitique, nous avons pensé qu'en exposant les observations de ces cas nous pourrions peut-être jeter quelques lueurs sur l'étiologie encore si obscure des kératoses, en nous efforçant de mettre en relief certains caractères particuliers propres à cette affection afin de former des kératoses syphilitiques un groupe bien spécialisé.

Nous allons donc exposer les observations que nous avons pu recueillir ayant trait à cette question. Nous ferons suivre chaque observation de quelques commentaires au point de vue étiologique et diagnostique. Enfin nous nous proposons d'insister ensuite sur les caractères spéciaux que nous aurons dégagé de l'examen de ces observations.

OBSERVATIONS

Observation I

Cette observation a été prise dans le service de M. le professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine.

M. T... Albert, âgé de 28 ans, dont la profession est apprêteur.

Entre à l'hôpital le 26 février 1896.

Dans ses antécédents héréditaires on note peu de détails intéressants.

Son père est mort d'accident.

Il a une mère bien portante; un frère et une sœur qui jouissent d'une bonne santé.

Dans ses antécédents personnels on remarque :

A l'âge de huit ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant envahi toutes les grandes articulations. A cette époque le malade est resté alité pendant trois mois.

A l'âge de dix-sept ans, deuxième attaque de rhumatisme qui, cette fois, se localise exclusivement aux articulations du coude et du genou. Mais, détail important, cette attaque est survenue quinze jours après le début d'une blennorragie.

Cette seconde attaque de rhumatisme a nécessité un repos au lit de deux mois. Le malade ne paraît avoir présenté à aucun

moment de localisations cardiaques ou tout au moins n'a suivi aucun traitement pouvant donner quelque indication dans ce sens.

État actuel. — Depuis trois semaines, le malade ressent une douleur à la hanche droite ; douleur localisée entre l'ischion et le grand trochanter.

La marche qui est très pénible, détermine d'assez vives douleurs.

Le malade n'a pas de fièvre et ne présente pas de phénomènes généraux. L'appétit est conservé ; le sommeil est bon.

A l'auscultation de l'appareil cardiaque on ne trouve aucun signe de lésion valvulaire.

Les urines ne présentent pas de traces d'albumine.

Actuellement le malade ne présente plus aucun vestige de blennorragie.

Enfin le malade prétend n'avoir jamais été atteint d'une affection syphilitique.

La plante des pieds de ce malade présente divers épaississements cornés.

Au pied gauche on constate :

A la face plantaire du gros orteil une kératose brunâtre, extrémement dure, non douloureuse, sur laquelle on distingue quatre saillies mamelonnées et acuminées. La base qui se confond avec l'épaississement en surface a environ les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

En arrière du pli de flexion du gros orteil on note deux saillies mamelonnées de même aspect.

Au niveau du point de pression de la tête du premier métatarsien se trouve un épaississement corné, s'étendant en surface et présentant l'aspect d'un durillon très accentué.

En arrière du pli de flexion du deuxième et du troisième orteil se trouve un mamelon corné plus volumineux que les précédents.

Tout le reste de la face plantaire du pied est couvert de squames cornées se détachant facilement, plus épaisses sur le bord interne du pied ainsi qu'à la partie antérieure du talon.

En effet on trouve sur le bord interne du pied, empiétant quelque peu sur la face plantaire une surface recouverte de squames très épaisses, brunes, ayant la forme de placards circulaires juxtaposés, occupant par leur confluence une surface grande comme la paume de la main.

Les squames s'enlèvent facilement et laissent alors apparaître des surfaces rouges, exulcérées, humides, saignant facilement, ne faisant pas saillie sous le doigt et qui ne sont ni indurées, n douloureuses.

Ces surfaces correspondent chacune à un placard corné.

Au pied droit on remarque :

Sur la face plantaire du gros orteil, une kératose mamelonnée, sur le bord interne du pied, au niveau de la tête du premier métatarsien un autre mamelon corné. A la partie moyenne deux autres kératoses mamelonnées sensiblement identiques à celles constatées sur la plante du pied gauche.

Le malade dit que ces kératoses seraient déjà apparues, il y a une dizaine d'années, et seraient disparues par de simples bains de pieds.

Il accuse en outre une abondante transpiration des pieds.

Contre la douleur ischio-trochantérienne on ordonne 3 grammes de salicylate de soude.

Le 5 mars 1896. — Les épaules et les poignets du malade étant le siège de douleurs vives, on prescrit un enveloppement ouaté.

Le 25 mars. — Le salicylate restant sans effet, on augmente la dose jusqu'à 5 grammes. Mais, loin de rétrocéder, les douleurs envahissent successivement les grandes articulations.

Le 9 avril. — Devant l'insuccès de la médication on supprime le salicylate. On se borne à traiter la kératose plantaire, et on prescrit un enveloppement humide des pieds.

Le 15 avril. — Les squames sont tombées. L'épaississement corné s'est affaissé. Il subsiste sur l'épiderme ramolli de petites pustules blanchâtres qui paraissent avoir été le début de la lésion.

Le 17 avril. — Le malade prend 50 centigrammes d'iodure de sodium et 30 centigrammes de citrate de caféine.

Le 21 avril. — On observe une nouvelle poussée de soulèvements bulleux qui s'ouvrent et laissent s'écouler de la matière jaunâtre. Ces bulles font place à des ulcérations d'abord croûteuses, puis végétantes qui se recouvrent ensuite de stratifications épidermiques.

On examine le contenu de quelques bulles qui se trouvent à la face supéro-interne des orteils.

L'examen microscopique décèle uniquement la présence de cellules épidermiques et démontre que le liquide n'est pas purulent.

L'examen chimique a démontré que le liquide enclos dans les bulles ne contenait pas de matières grasses mais renfermait des traces de mucine et de sérine des phosphates et des chlorures d'urée. Le résidu était uniquement composé d'éléments cellulaires.

La petite quantité de liquide n'a permis aucun dosage.

On porte le diagnostic de dermite, bulleuse, ulcéreuse, végé-

tante kératosique, circinée de la plante du pied, forme spéciale de dyshydrose.

Le 29 avril. — L'éruption bulleuse s'est affaissée et a fait place à des croûtes brunes.

Le 8 mai. — Dès qu'on cesse l'enveloppement humide, la kératose réapparaît. Bien qu'il n'y ait dans le passé du malade aucun antécédent syphilitique avoué, en présence de la disposition circinée des éléments papuleux initiaux, et prenant en considération l'inefficacité des traitements jusqu'alors indiqués, on soumet e malade au traitement antisyphilitique d'essai.

On lui fait prendre par jour deux pilules de sublimé et 2 grammes d'iodure de potassium, sans négliger une toilette minutieuse de la bouche.

Le 14 mai. — La jambe droite n'a reçu aucun enveloppement ainsi que le pied droit.

La jambe et le pied gauches ont été enveloppés de compresses humides.

L'épiderme de la plante du pied est macéré. Il présente un seul soulèvement pustuleux à la partie externe du pied.

Au pied droit qui a été laissé nu, l'épiderme se détache spontanément par larges plaques.

Les croûtes de lésions anciennes sont tombées ou en train de tomber et il n'y a pas d'éléments pustuleux nouveaux.

Cependant il y a toujours sudation exagérée. La sueur se condense en quelque sorte à la plante du pied sous forme de fines gouttelettes.

De plus les douleurs articulaires ont presque complètement disparu et n'existent plus que dans l'épaule droite.

Le 21 mai. — La guérison s'accentue. L'épiderme s'en va par lambeaux.

Le 28 mai. — Le malade qui prend encore par jour 2 pilules de sublimé et 3 grammes d'iodure de potassium semble presque complètement guéri. Il ressent encore quelques douleurs vagues dans la cuisse droite.

Le 4 juin. — La guérison est complète. La plante des pieds ne présente plus ni éruptions bulleuses ni épaississement appréciable,

Le 25 juin. — La guérison s'est maintenue.

Le malade quitte l'hôpital le 4 juillet.

Discussion

En dehors de la syphilis dont l'action étiologique paraît si probable dans cette observation et qui donne à l'affection certains caractères particuliers sur lesquels nous nous proposons de revenir, on pourrait à la rigueur faire sur l'étiologie de cette kératose deux hypothèses.

On pourrait tout d'abord se demander si l'infection blennorragique dont le malade a été atteint à l'âge de 17 ans ne pourrait être une cause occasionnelle de la production de cette kératose.

Nous ne le croyons pas. Dans les quelques cas qui ont été publiés de kératoses consécutives à une blennorragie on note les caractéristiques suivantes, qui ne se retrouvent pas dans notre observation.

La kératose apparaît au cours de blennoragies à manifestations extra-génitales multiples et graves. Notre malade a bien eu une attaque de rhumatisme aigu mais

sans grande gravité puisque l'on n'a jamais pu déceler chez lui aucun trouble orificiel cardiaque.

D'autre part les malades qui en sont atteints présentent une véritable déchéance vitale. L'affection se montre de plus dans les premières semaines de la blennorragie. Enfin les lésions siègent un peu partout au tronc et aux membres aussi bien qu'aux pieds et aux mains.

La seconde hypothèse, encore plus réservée, pourrait s'appuyer sur ce fait que le malade en question présente évidemment une tendance très marquée à la diathèse rhumatismale.

Il a souffert d'une premiére atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 8 ans. A 17 ans, à l'occasion d'une blennorragie, l'infection se porte sur les jointures et il est repris d'une nouvelle attaque rhumatismale. Il souffre enfin de temps à autre de douleurs erratiques rhumatoïdes.

On pourrait dès lors faire cette supposition d'ailleurs toute gratuite que la kératose plantaire a évolué sous l'influence de l'agent microbien infectieux du rhumatisme. Or comme cette question du microbe pathogène du rhumatisme est encore entourée de nombreuses obscurités, on comprend que nous donnions cette hypothèse sous toutes réserves.

Observation II

(due à MM. Gaucher et Flurin)

Mme G..., âgée de 51 ans est ménagère.

Elle entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, au mois de

décembre 1910, pour des « crevasses » de la plante des pieds, ayant débuté, dit-elle, il y a deux ans. Il s'agissait à ce moment d'un simple durillon occupant le centre de la région du talon. Mais très rapidement ce durillon s'est agrandi et élargi. Puis la couche cornée s'est fissurée et s'est mise à suinter, ce qui a décidé la malade à venir consulter.

Actuellement, la région du talon est entièrement occupée par une semelle cornée, épaisse d'un demi-centimètre dans toute son étendue, dépassant la plante du pied de deux centimètres sur les parties latérales, de trois centimètres à la partie postérieure.

Cette région kératosique, fissurée et crevassée aux points de pression est presque bourgeonnante aux environs de ces points, au pourtour du talon.

D'une coloration jaunâtre elle se desquame en blocs irréguliers et la semelle talonnière gauche semble même vouloir se décoller en entier.

La plaque kératosique et la peau saine sont bien délimitées.

Une bande érythémateuse, rouge brun, large de un centimètre en marque la séparation. La sécrétion sudorale ne semble pas exagérée. La sensibilité est conservée, diminuée seulement aux points où la couche cornée est très épaissie.

Les crevasses ne sont pas douloureuses et n'empêchent pas la malade de marcher.

Ces lésions nous ayant donné l'impression première de troubles trophiques, nous avons examiné avec soin le système nerveux. Il n'y a ni troubles moteurs, ni troubles sensitifs, mais les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. Il y a de la trépidation épileptoïde. Les réflexes cutanés sont normaux (conservation du réflexe abdominal ; pas de signe de Babinski). Les réflexes pupillaires sont affaiblis.

L'état général de la malade est bon.

Dans ses antécédents personnels, on note une fausse couche à l'âge de 22 ans et une hémiplégie droite à l'âge de 35 ans, améliorée en six mois sans traitement.

On ne relève aucun autre signe de spécificité.

On ne relève de même aucune tare intéressante dans ses antécédents héréditaires.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade a été mise au traitement mercuriel (injections de benzoate de mercure) et en quinze jours les lésions kératosiques se sont sensiblement améliorées. Les fissures sont beaucoup moins profondes. Les massifs bourgeonnants qui entouraient le talon ont diminué et ne suintent plus.

D'après les antécédents personnels de la malade dans lesquels on note une fausse couche à l'âge de 22 ans et une hémiplégie droite à l'âge de 35 ans, d'après les caractères propres de l'affection, enfin et surtout en raison du résultat obtenu grâce au traitement spécifique, il y a tout lieu de supposer qu'il s'agit ici d'un cas de syphilis ignorée de ce que le professeur Fournier appelait la syphilis des femmes honnêtes ou des innocents dont il est souvent si difficile de trouver l'origine, qui donnent lieu à peu de manifestations morbides et ne s'accompagnent que rarement des accidents classiques de l'infection syphilitique.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le Dr Bressy.)

M. H..., est âgé de 37 ans.

Il exerce la profession d'employé de bureau.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels on peut noter les faits suivants :

M. H... qui est de taille et de corpulence au-dessus de la moyenne habituelle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 19 ans, âge auquel il a contracté la syphilis.

Cette syphilis a eu pour manifestation très nette l'apparition d'un chancre génital bientôt suivi d'une roséole typique.

M. H... ayant consulté un docteur à cette époque a suivi pendant quelque temps — un mois environ — un traitement qui consistait à prendre par jour deux pilules de sublimé et quelques cuillerées de sirop de Gibert. Mais il a bientôt cessé ce traitement presque complètement, ne prenant des pilules et du sirop qu'à de rares intervalles, car il se croyait guéri et que de plus il avait quelques difficultés matérielles pour suivre sérieusement le traitement indiqué.

Quoi qu'il en soit, M. H... dont l'accident primitif remontait à l'âge de 19 ans, n'éprouva plus aucun symptôme révélateur de l'infection syphilitique pendant une durée de dix années environ. Il y a une huitaine d'années, c'est-à-dire à l'âge de 29 ans, le malade fut atteint d'un onyxis siégeant sur l'ongle du gros orteil gauche, et qui n'ayant pas été reconnu pour être de nature syphilitique, suppura pendant très longtemps et se montra rebelle aux traitements institués. On se décida alors à faire l'avulsion de l'ongle et la cicatrice qui en résulta prit très rapidement une apparence cornée qui attira l'attention du malade, mais qui ne l'inquiéta pas autrement, car l'épaississement corné ne devint jamais exubérant.

Il y a cinq ans, M H... constata quelques fissures siégant à la partie interne du cou-de-pied gauche à un centimètre environ au-dessous de la malléole. Ces fissures au nombre de trois ou

quatre et sensiblement parallèles affectaient une direction perpendiculaire à la plante du pied.

Puis autour de ces fissures apparurent de petites élevures épidermiques en nombre très considérable ressemblant à un semis de très petits grains. Les élevures confluèrent rapidement formant des massifs granuleux séparés déjà par quelques fissures assez profondes.

Puis sur ces massifs granuleux apparurent des productions kératosiques qui ne firent que s'accroître. Au fur et à mesure que l'élément corné progressait, en hauteur et en étendue les crevasses dermiques s'accentuèrent, puis apparut alors un suintement très fétide qui engagea le malade à venir consulter.

Il vit plusieurs médecins qui prescrivirent des emplâtres de composition variable. Un médecin entreprit même de traiter l'affection par l'ionisation, mais sans grand résultat.

Il alla enfin consulter le Dr Bressy qui a eu l'amabilité de bien vouloir nous donner les détails très circonstanciés de son observation.

M. le Dr Bressy fit les constatations suivantes :

Sur la partie latéro-interne gauche du cou-de-pied gauche à deux centimètres environ au-dessous de la malléole se trouve un placard corné de forme ovale à gros renflement postérieur et se terminant par une surface effilée vers la racine des orteils. Ce placard a environ six centimètres de longueur. Sa plus grande étendue en largeur qui se trouve à la région talonnièrs mesure environ quatre centimètres. Cette dimension diminue peu à peu à mesure que l'on se rapproche de la région des orteils pour atteindre un centimètre au point où la plaque cornée se termine.

D'autre part cette plaque kératosique présente un aspect très

spécial. Elle est en somme constituée par une agglomération de lamelles d'épaisseur variable séparées les unes des autres par de profonds vallons. Mais ces lamelles cornées varient beaucoup de hauteur. Dans la région qui avoisine le talon elles sont très exubérantes et atteignent une hauteur de un centimètre au-dessus de la peau saine. Au fur et à mesure que l'on se rapproche de la région des orteils, ces éléments cornés diminuent de hauteur pour atteindre seulement un ou deux millimètres à la limite du placard, enfin ces lamelles cornées entrecoupées de profondes fissures ont une direction sensiblement parallèle et sont dans leur ensemble perpendiculaires à la face plantaire.

Les fissures laissent suinter un liquide peu abondant, jaunâtre, mais d'odeur très fétide.

Le placard kératosique est bordé par une zone érythémateuse très nette de couleur brun rosé. Cette zone s'étend facilement à un centimètre de la périphérie. De plus, commençant à la limite même du placard corné et s'étendant à deux et trois centimètres tout autour se remarque une zone fort étendue d'infiltration cellulaire. Les tissus sont œdématiés et rougeâtres laissant au doigt une impression de rénitence et de dureté caractéristique.

Cette zone d'infiltration remonte en haut jusqu'à la malléole qui est en quelque sorte submergée par les tissus infiltrés. En arrière la limite de l'infiltration va jusqu'au tendon d'Achille et en avant jusqu'à la tête du premier métatarsien. Elle est moins étendue du côté plantaire proprement dit.

La face plantaire elle-même présente peu d'altérations. Au niveau du talon, la semelle plantaire est normale. Au niveau des orteils on remarque surtout sur la région charnue correspondant aux premiers et seconds métatarsiens un épaisissement corné de

l'épiderme peu marqué qui se présente sous forme d'une lamelle jaunâtre mais souple et non entrecoupée de rhagades.

On note encore un léger épaississement corné qui siège sous l'ongle du gros orteil gauche et qui s'est développé sur la cicatrice causée par l'avulsion de l'ongle incarné.

La face latéro-interne du cou-de-pied gauche présente quelques fissures épidermiques peu profondes entourées de granulations minimes mais nombreuses comparables à des têtes d'épingles.

C'est ainsi, dit le malade, que l'affection a débuté sur la partie gauche du pied.

Le pied droit ne présente aucune altération appréciable.

En présence de ces altérations épidermiques, M. le Dr Bressy soupçonna que la syphilis devait être en cause pour expliquer l'étiologie de cette kératose et sur les conseils de M. le professeur Gaucher et de M. le Dr Flurin, le malade fut soumis au traitement spécifique.

Ce traitement consiste en plusieurs séries d'injections intramusculaires de benzoate de mercure associées à un traitement ioduré. On recouvre en même temps la zone kératosique d'un emplâtre de diachylon salicylé.

Or dès le début de la médication iodo-hydrargyrique l'amélioration fut manifeste. Les lamelles cornées s'affaissèrent peu à peu et les sillons inter-lamellaires se comblèrent en même temps. L'élément kératosique a presque complètement disparu. L'épiderme malade ne présente plus qu'un degré d'élevure insignifiant.

A la place des lamelles kératosiques si saillantes, entrecoupées de rhagades profondes et suintantes, on note de petites granulations humides mais cohérentes et non fissurées. La péri-

phérie de la lésion est complètement guérie. Seule l'aire centrale présente cet état granuleux et l'on ne remarque que deux fissures presque centrales, de très peu d'étendue.

La zone d'infiltration qui s'étendait tout autour du placard a beaucoup diminué d'étendue mais persiste néanmoins.

En somme l'amélioration de la lésion est des plus manifestes.

Cette observation nous paraît des plus démonstratives.

Le malade est manifestement syphilitique. Il a soigné cette syphilis d'une façon tout à fait insuffisante et n'a présenté jusqu'ici que des manifestations dermiques, tout d'abord un ongle incarné, ensuite cette kératose si caractéristique qui est guérie par le traitement spécifique en très peu de temps.

Observation IV

M. P... est âgé de 54 ans.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. Lui-même a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à 22 ans, âge auquel il a contracté la syphilis.

Il est alors allé consulter à l'hôpital Ricord où on l'a soigné pendant six semaines. Le traitement a consisté en cautérisations sur le chancre et en absorption de pilules mercurielles.

Aussitôt sorti de l'hôpital, le malade n'a plus suivi aucun traitement et n'a pas, semble-t-il, présenté d'accidents pendant un intervalle de douze années.

Douze ans après l'apparition de son chancre, c'est-à-dire, à l'âge de 34 ans, sont survenus divers accidents cutanés siégeant principalement aux jambes et sur la nature desquels il n'est pas facile d'avoir de détails bien précis.

Il faut noter que le malade exerce le métier d'emballeur, ce qui l'obliga à rester debout une grande partie de la journée et que de plus il présente aux jambes une circulation veineuse très défectueuse ; on remarque en effet de nombreux paquets variqueux siégeant sur la plupart des veines superficielles. Le malade s'est fait enlever en 1895 quelques-unes de ces dilatations variqueuses, mais la récidive a été très rapide.

M. P... entre une première fois à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher le 7 juin 1909, pour des syphilides ulcéreuses en voie de guérison siégeant sur la malléole externe gauche d'une étendue comparable à celle d'une paume de main. On note sur le dos du pied de nombreuses gommes ulcérées cicatrisées.

A la partie interne de la jambe se remarquent des taches pigmentaires qui s'étendent du talou au tiers supérieur de la jambe. A l'entrée à l'hôpital on note des taches purpuriques les unes en placard, d'autres d'aspect pétéchial siégeant sur le fond variqueux. C'est en somme un purpura chronique angio-scléreux de la partie inférieure des membres inférieurs. Il n'y a rien d'anormal dans les urines.

L'examen cytologique ne donne pas plus de 3 % d'éosinophiles. On ne note pas de sensibilisatrice dans le sérum.

Le malade reçoit le traitement spécifique qui améliore les lésions et le 26 juin 1909 il part pour Vincennes guéri.

Le 6 octobre 1909. — Le malade rentre à l'hôpital pour un ulcère gommeux péri-malléolaire gauche ayant débuté cinq semaines auparavant.

Tout autour se remarquent de petits ulcères gommeux de la largeur d'une pièce de 50 centimes prédominant surtout à la partie postéro-inférieure de la jambe, au voisinage du talon.

Tout autour de ces ulcérations existent des taches purpuriques en placard ayant une pigmentation brune très accusée.

Le malade est soumis au traitement spécifique et sort guéri le 26 octobre.

Il revient dans le service le 2 juin 1910.

Il s'est aperçu, il y a sept mois, de la présence sur le côté externe du talon gauche d'une petite excroissance qui s'est ulcérée et s'est mise à suinter. Puis cette ulcération s'est étendue peu à peu envahissant une grande partie de la plante du pied principalement dans la région postérieure et médiane.

Le malade explique que la lésion débutait par une sorte de boule très dure qui bientôt se crevassait et se mettait à suinter. Actuellement on constate : à la partie postérieure et médiane de la plante du pied gauche, empiétant fortement sur le talon, une lésion ulcéreuse arrondie, bien délimitée ayant environ les dimensions d'une pièce de cinq francs. Cette lésion présente des caractères assez particuliers. La partie centrale est constituée par une élevure kératosique assez épaisse légèrement végétante séparée du tissu environnant par un sillon nettement circulaire à fond sanieux et bourgeonnant.

Sur la face externe du talon, on voit une large lésion cicatrisée au centre, présentant un épaisissement corné notable, limitée à la périphérie par un étroit sillon.

La forme circinée des lésions est très nette. Il existe tout autour une zone d'infiltration assez étendue.

Dès son entrée le malade a été soumis à une série d'injections intra-musculaires de benzoate de mercure. Il a pris de l'iodure de potassium et les lésions kératosiques ont été traitées alternativement par des enveloppements humides et des applications d'emplâtre de Vigo. L'amélioration est des plus manifestes.

Le malade, syphilitique avéré, a fait la plupart de ses localisations morbides aux membres inférieurs par suite d'une circulation veineuse très défectueuse. Les lésions qui tout d'abord présentaient un caractère ulcéreux tendent actuellement à évoluer vers l'hyperproduction cornée, sans d'ailleurs présenter moins de prise au traitement spécifique.

DES CARACTÈRES PARTICULIERS A LA KÉRATOSE SYPHILITIQUE

Les caractères particuliers qui peuvent faire croire au médecin se trouvant en présence d'une kératose des extrémités, que cette affection est de nature syphilitique ne sont en somme que des caractères propres à la plupart des affections cutanées syphilitiques.

Une des particularités constantes des altérations dermiques ou épidermiques dues à l'infection par le tréponème est l'infiltration cellulaire des tissus avoisinant la lésion. On sait en effet que le système vasculaire est le premier atteint, qu'il présente des lésions d'artério-sclérose et de phlébo-sclérose, lésions déterminant rapidement la prolifération conjonctivo-fibreuse des tissus de voisinage qui font un retour partiel à l'état embryonnaire et présentent des infiltrations cellulaires disposées soit en traînées péri-vasculaires soit en nodules isolés.

Or, chez les quatre malades dont nous avons pu recueillir les observations on notait une infiltration très nette au pourtour des lésions kératosiques. Cette

infiltration s'étendait sur une étendue notable, déterminant un empâtement très appréciable de la région où siégeaient les lésions.

De plus cette infiltration persistait un assez long temps après la disparition de l'élément primitif kératosique.

Nous croyons donc qu'il est bon de noter cette infiltration des tissus avoisinant la lésion, comme un signe ayant quelque valeur au point de vue du diagnostic différentiel des kératoses.

Le second caractère sur lequel nous désirons attirer l'attention, c'est l'aspect circiné que révêtent les diverses manifestations de l'affection kératosique, aussi bien les productions cornées du début que les grands placards qui leur succèdent et les ulcérations qui se produisent enfin.

Les lésions de kératose syphilitique que nous avons pu observer étaient nettement limitées par un sillon qui, dans deux cas, présentait une couleur rouge brun caractéristique. De plus nous avons remarqué qu'au delà de ce sillon, le surplombant en quelque sorte, se trouvait un épaississement épidermique très marqué servant pour ainsi dire d'ourlet à la lésion et formant ce que l'on a pu appeler un bourrelet de frontières.

Ce sont là, pourra-t-on dire, des constatations banales puisque les caractères sur lesquels nous voudrions attirer l'attention sont de ceux que l'on retrouve dans presque toutes les manifestations cutanées de la syphilis. — C'est vrai : mais le praticien qui n'hésite pas à ordonner le traitement spécifique à un malade présentant,

par exemple, sur la jambe, une lésion franchement ulcéreuse, à bords circinés, entourée de tissus infiltrés sera peut-être moins enclin à employer la même thérapeutique en présence d'une hyperproduction cornée siégeant à la plante du pied parce que dans son esprit il n'existe pas de corrélation établie entre l'idée de kératose et l'idée de syphilis.

D'ailleurs, il faut bien dire que le diagnostic étiologique de la kératose syphilitique est relativement difficile, « A mesure qu'elle a vieilli, disait Ricord, la syphilis prend une mine honnête, à savoir la mine des maladies communes. » Or il n'est pas rare qu'une hyperproduction cornée soit le seul indice révélateur de l'infection jusqu'alors latente, qu'il n'y ait en somme qu'une seule manifestation de la poussée tertiaire — et le malade lui-même pensera rarement qu'il puisse exister quelque rapport entre l'affection actuelle et l'accident primitif qui remonte à dix ou quinze ans, dont il s'est cru à tout jamais guéri.

Dans une de nos observations, le malade n'a présenté comme accidents de sa syphilis qu'un ongle incarné dont la cicatrice est devenue kératosique et un large placard de kératose péri-malléolaire. S'il n'avait avoué dès le début de l'affection ses antécédents morbides, remontant d'ailleurs à une quinzaine d'années, il aurait été sans doute fort difficile de retrouver la cause exacte de la maladie.

Aussi croyons-nous qu'il est de toute nécessité, lorsque l'on se trouve en présence d'une affection kératosique dont la cause paraît obscure, de rechercher s'il

existe une infiltration notable autour des lésions et de remarquer si ces lésions présentent un aspect circiné. Nous pensons que même s'il n'existe qu'un seul de ces caractères, il y a indication de donner au malade le traitement spécifique.

En application du viel adage : *Naturam morborum curationes ostendunt* nous avons pu personnellement nous rendre compte de l'étiologie véritable des kératoses que nous avons pu observer et apporter un argument de plus pour légitimer l'origine syphilitique de ces affections.

Nous avons en effet observé que, sous l'influence du traitement spécifique, les lésions kératosiques, que jusqu'alors aucun autre traitement n'avait influencées, ont rétrocédé très rapidement et ont présenté en peu de temps une amélioration très nette aboutissant à une guérison prompte.

Le traitement employé à l'hopital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher est le suivant :

Une série de quinze injections intra-musculaires de benzoate de mercure, sel soluble, — et l'administration journalière d'iodure de potassium — constituent le traitement général. Le traitement local consiste en enveloppements humides pour ramollir les productions cornées et en applications d'emplâtres à base de composés mercuriels.

En résumé, la kératose syphilitique plantaire est une affection qu'il ne faut pas considérer comme très rare et à laquelle il faut toujours songer en présence d'une

hypertrophie cornée des extrémités dont la cause ne paraît pas évidente.

Elle se développe chez des individus en puissance de syphilis et n'apparaît généralement que dix ou quinze ans après la constatation de l'accident primitif. C'est un accident tardif du tertiarisme et qui par conséquent se manifeste principalement chez des sujets qui n'ont pas été soumis à un traitement spécifique prolongé.

Nous avons pu noter, du moins d'après les dires des malades, certaines causes occasionnelles, ennuis moraux ou pécuniaires ayant amené une dépression nerveuse assez accentuée — précédant de peu l'apparition de la kératose.

Mais il est une autre cause sur laquelle nous croyons plus légitime d'insister et que nous pourrions appeler cause de « localisation ». Nous voulons dire l'état variqueux de la jambe sur laquelle siège la lésion. Nous avons trouvé des dilatations veineuses très nombreuses et très volumineuses chez trois de nos malades atteints de kératose, et c'est ici, je crois, le lieu de rappeler ce que le professeur Fournier disait du tertiarisme. « Le tertiarisme, dit-on, frappe au hasard, mais le hasard, dans ce cas, n'est rien autre qu'un ensemble de causes déterminantes ignorées, dépendant des aptitudes constitutionnelles et des débilités organiques acquises. »

Il y a tout lieu de croire que l'envahissement corné observé chez les malades à membres variqueux a été favorisé par la « débilité organique acquise » en l'espèce, la circulation veineuse très défectueuse.

Les caractères particuliers de la kératose syphilitique

sont l'infiltration cellulaire au voisinage des lésions et la forme circinée de ces lésions.

Le diagnostic, ainsi que nous l'avons fait voir, peut souvent présenter de grandes difficultés.

Bien que le pronostic soit peu grave, puisque la kératose ne présente pas de tendances désorganisatrices et qu'elle siège sur des organes dont la dignité fonctionnelle est minime, il faut néanmoins savoir que c'est une affection très gênante pour la marche ou la station debout et que d'autre part elle détermine au niveau des lésions un suintement abondant et fétide qui incommode fortement ceux qui en sont atteints.

Aussi est-il utile de traiter énergiquement et rapidement la kératose syphilitique plantaire, d'autant plus que l'on est toujours certain d'arriver par un traitement approprié à un résultat très satisfaisant.

Et c'est uniquement ce but très humble que nous nous sommes proposé : attirer l'attention sur les formes kératosiques que peuvent présenter les affections cutanées d'origine syphilitique, afin d'éviter, si possible, aux médecins certaines hésitations dans le diagnostic ; afin de leur permettre aussi de faire profiter les malades d'un traitement efficace, capable d'améliorer et de guérir en peu de temps les lésions dont ils souffrent.

CONCLUSIONS

I. — La kératose syphilitique plantaire est une affection qui n'est pas très rare et à laquelle il faut songer, en présence d'une kératose de cause obscure.

II. — Cette kératose a pour caractères particuliers:

1° L'infiltration cellulaire des tissus avoisinant les lésions.

2° L'aspect circiné de ces lésions.

III. — Le traitement spécifique a sur cette kératose une action curative des plus manifestes.

Vu : le Président de la thèse
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

La Pratique dermatologique, tome II.

Le Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, décembre 1909.

Hallopeau et Leredde. — Dermatologie.

E. Gaucher. — Traité des maladies de peau. Collection Gilbert et Thoinot.

Le Brocq. — Traité élémentaire de dermatologie pratique.

A. Fournier. — Traité de la syphilis.

E. Robert. — Thèse de doctorat. Paris, 1897.

A. MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.